

The Results of Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Alcoholic Withdrawal Syndrome in Inpatients, Nadun Hospital.

Abstract

*Marisada Pitaktham, M.D.**

Nadun hospital, a small community hospital, has developed clinical practice guidelines for the pharmacological treatment of alcohol withdrawal patients in order to improve standardization of practice, rapid symptomatic control, shorten treatment time, reduce referrals, and without major complications. The aims were to evaluate outcomes on remission rate and duration.

This was a prospective descriptive study of inpatients diagnosed with mental and behavioral disorders due to use of alcohol (F10.x) having Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised version (CIWA-Ar) score of 8 or above between 1 December 2016 and 31 March 2019. Remission was defined as when the patient was scoring below 8 on CIWA-Ar for 24 hours. Statistical analysis was performed using percentage, mean, median, and survival analysis.

There were 71 patients diagnosed with F10.x, 60.6% had alcoholic withdrawal symptoms, and 14.1% had CIWA-Ar below a score of 8 during the hospitalization. The 33 patients were included in this study. The overall remission rate was 93.9% and the remission rate on day 3, 4, 5 of treatment was 68.8%, 77.4%, and 90.3% respectively. The median remission time was on day 2 of treatment (95% CI: 1.42-2.79). Patients with moderate symptoms had median remission time on day 1.67 (95% CI: 1.38-2.00) while patients with very severe symptoms had median remission time on day 4.33 (95% CI: 1.38-5.54). Average benzodiazepines received equivalent to diazepam was 171.73 (\pm 165.05) mg and average intravenous diazepam was 44.24 (\pm 68.65) mg. There were no major complications or mortality during treatment.

The clinical practice guidelines for alcoholic withdrawal syndrome was effective, rapid symptomatic control and safe.

Keywords: alcohol withdrawal, clinical practice guideline, remission rate, remission time

*Nadun Hospital, Mahasarakham Province.

ผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาภาวะถอนพิษสุรา ในผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาตุณ

บทคัดย่อ

มาริชฎา พิทักษ์ธรรม, พ.บ.*

โรงพยาบาลนาตุณ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ได้พัฒนาแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราร่วมยาขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การรักษามีมาตรฐาน ควบคุมอาการได้เร็วลดระยะเวลาในการรักษา ลดการส่งต่อ และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายกับผู้ป่วย จึงได้ดำเนินการวิจัยเพื่อประเมินผลการรักษาจากอัตราหายและระยะเวลาหายจากอาการ

เป็นการศึกษาไปข้างหน้าเชิงพรรณนา ในผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในที่มีปัญหาจากสุรา (F10.x) และมีคะแนน Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised version (CIWA-Ar) 8 คะแนนขึ้นไป ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2559 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2562 แนวทางการรักษาแบ่งตามระดับความรุนแรงโดยหายจากอาการเมื่อ CIWA-Ar น้อยกว่า 8 ครบ 24 ชั่วโมง สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และการวิเคราะห์ระยะปลอดเหตุการณ์

ผู้ป่วย F10.x ทั้งหมด 71 ราย มีอาการถอนพิษสุราร้อยละ 60.6 และมี CIWA-Ar น้อยกว่า 8 ตลอดการรักษาร้อยละ 14.1 เป็นกลุ่มตัวอย่าง 33 ราย อัตราหายจากอาการร้อยละ 93.9 อัตราหายจากอาการในระยะเวลา 3 วัน 4 วันและ 5 วัน เป็นร้อยละ 68.8, 77.4, และ 90.3 ตามลำดับ มีมัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการ 2 วัน (95% CI: 1.42-2.79) เป็นกลุ่มอาการปานกลาง 1.67 วัน (95% CI: 1.38-2.00) และกลุ่มอาการรุนแรงมาก 4.33 วัน (95% CI: 1.38-5.54) ได้รับยาเทียบเท่า Diazepam ทั้งหมดเฉลี่ย 171.73 (± 165.05) มก. เป็นยาฉีดเฉลี่ย 44.24 (± 68.65) มก. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและไม่มีการเสียชีวิตระหว่างการรักษา

แนวทางการรักษาภาวะถอนพิษสุรามีประสิทธิผลในการรักษา สามารถควบคุมอาการได้ผลดี รวดเร็ว และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ

คำสำคัญ: ภาวะถอนพิษสุรา แนวทางเวชปฏิบัติ อัตราการหาย ระยะเวลาหาย

*โรงพยาบาลนาตุณ จังหวัดมหาสารคาม

บทนำ

สุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ได้รับความนิยมและมีการบริโภคทั่วโลกเป็นเวลาหลายร้อยปี หากดื่มไม่มากอาจทำให้รู้สึกผ่อนคลาย และกตจิตใต้สำนึกที่คอยควบคุมตนเอง ทำให้กล้าแสดงออกมากขึ้น แต่เมื่อดื่มอย่างไม่เหมาะสม เช่น ปริมาณการดื่มที่มากเกินไป รูปแบบการดื่มแบบอันตราย หรือคุณภาพ

ของสุราที่ดื่มไม่ดี ทำให้เกิดผลเสียมากกว่า 200 โรค และภัยสุขภาพ ทำให้เกิดความเสียหายต่อการเกิดอุบัติเหตุ สูญเสียความสามารถในการทำงาน มีปัญหาสัมพันธภาพ เกิดภาวะติดสุรา ภาวะซึมเศร้า ภาวะตับแข็ง มะเร็งตับ รวมถึงโรคติดเชื้อ เช่น วัณโรค และ HIV ซึ่งองค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี 2559 ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 2.1 ล้านล้านคนทั่วโลกมีการบริโภคสุราในปริมาณที่เท่ากับในปี 2553 คือ

เฉลี่ยวันละ 6.4 ลิตร หรือ 32.8 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ โดยผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 3.1 ล้านล้านคนหรือร้อยละ 57 สามารถหยุดดื่มสุร่าได้นาน 12 เดือน ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ยังคงมีการบริโภคสุร่าเท่าเดิม คือ 26.3 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อวัน ชนิดของแอลกอฮอล์ที่บริโภคสูงสุดได้แก่ สุร่า เบียร์ และไวน์ ในอัตราร้อยละ 44.8, 34.3, และ 11.7 ตามลำดับ มีผู้เสียชีวิตจากการดื่มสุร่า 3 ล้านคน หรือร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลกและคิดเป็น 132.6 ล้าน Disability-adjusted life years (DALYs) หรือร้อยละ 5.1 ของ DALYs ทั้งปี เพศชายเสียชีวิตจากสุร่า 2.3 ล้านคน (106.5 ล้าน DALYs) และเพศหญิงเสียชีวิตจากสุร่า 0.7 ล้านคน (26.1 ล้าน DALYs) การเสียชีวิตจากสุร่าสูงกว่าโรคอื่นๆ เช่น วัณโรค HIV/AIDS และเบาหวาน⁽¹⁾

จากการสำรวจพฤติกรรมกรรมการดื่มสุร่าหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยในปี 2560 พบว่าจากจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้ที่ดื่มสุร่าหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบปีประมาณ 15.9 ล้านคน (ร้อยละ 28.4) โดยเป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ 6.98 ล้านคน (ร้อยละ 12.5) และเป็นผู้ที่ดื่มนานๆ ครั้ง 8.91 ล้านคน (ร้อยละ 15.9) กลุ่มอายุ 25-44 ปีมีอัตราการดื่มสุร่าสูงสุด (ร้อยละ 36.0) กลุ่มอายุ 20-24 ปี และ 45-59 ปี มีอัตราการดื่มสุร่าใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 33.5 และ 31.1 ตามลำดับ) กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีอัตราการดื่มสุร่าร้อยละ 15.2 สำหรับกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการดื่มสุร่าต่ำสุด (ร้อยละ 13.6) ผู้ชายดื่มสุร่ามากกว่าผู้หญิง 4.5 เท่า (ร้อยละ 47.5 และ 10.6 ตามลำดับ) อัตราการดื่มสุร่าของคนที่มีอายุอยู่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 29.29 และ 27.4 ตามลำดับ)⁽²⁾

จังหวัดมหาสารคาม มีผู้ดื่มสุร่าอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 31.06 (อันดับที่ 31 ของประเทศ) มีความชุกของผู้ดื่มอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 16.87 (อันดับ 19 ของ

ประเทศ) มีสัดส่วนของการดื่มประจำร้อยละ 26.89 (ลำดับที่ 74 ของประเทศ) และมีสัดส่วนของการดื่มหนักร้อยละ 41.22 (ลำดับที่ 37 ของประเทศ)⁽²⁾

โรงพยาบาลนาคูน อำเภอนาคูน จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ไม่มีจิตแพทย์ การรักษากภาวะถอนพิษสุร่ามีความแตกต่างตามองค์ความรู้และประสบการณ์ของแพทย์ผู้รักษา ไม่มีเครื่องมือประเมินความรุนแรงของโรคผู้ป่วยมักได้รับการรักษาด้วยยาฉีดเมื่อมีอาการรุนแรงมากจนเห็นได้ชัด เช่น กระสับกระส่าย เพื่อ สับสน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าและได้รับยาไม่เพียงพอที่จะควบคุมอาการได้ โรงพยาบาลนาคูน จึงได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติโดยนำแบบประเมิน Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised version (CIWA-Ar) score^(3,4) มาเป็นเครื่องมือในการวางแผนการรักษากภาวะถอนพิษสุร่าด้วยยา เพื่อให้การรักษาเป็นแนวทางเดียวกัน มีมาตรฐาน ทีมงานสามารถให้การรักษาได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนมากขึ้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายต่อผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราหายจากอาการ ระยะเวลาหายจากอาการ ปริมาณยาที่ได้รับระหว่างการรักษาเมื่อปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุร่าในผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาคูน

วัสดุและวิธีการ

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการศึกษาไปข้างหน้าเชิงพรรณนา (Prospective descriptive study) เพื่อศึกษาอัตราหายจากอาการและระยะเวลาหายจากอาการ ในแต่ละวันหลังเริ่มให้การรักษ และปริมาณยาที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาคูนระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2559 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2562 ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการดื่มสุร่า (F10.x) และมีคะแนน CIWA-Ar ≥ 8 คะแนนและได้รับการรักษาด้วยยา

Benzodiazepines (BZDs) ตามแนวทางเวชปฏิบัติ กำหนดแผนการรักษาตามระดับความรุนแรงของโรค จากการประเมิน CIWA-Ar score ร่วมกับประเมิน ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรารุนแรงเพื่อ สับสน (Delirium Tremens, DTs)⁽⁵⁾ ในการพิจารณา การรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบผู้ป่วยใน หาก ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด DTs ชัก มีโรคที่ต้อง ดูแลใกล้ชิด ก้าวร้าวรุนแรง ญาติควบคุมไม่ได้ ดูแล ตนเองไม่ได้ หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้พิจารณา รักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยอาการเล็กน้อย (CIWA-Ar <8 คะแนน) ให้การรักษาแบบ Symptom triggered regimen ผู้ป่วยอาการปานกลาง (CIWA-Ar 8-14 คะแนน) ให้การรักษาแบบ Oral fixed schedule regimen ผู้ป่วยอาการรุนแรง (CIWA-Ar 15-19 คะแนน) ให้การรักษาแบบ Oral loading regimen ตามด้วย Modified oral fixed schedule regimen และผู้ป่วยอาการรุนแรงมาก (CIWA-Ar \geq 20 คะแนน) ให้การรักษาแบบ Intravenous loading regimen ด้วยยา BZDs ได้แก่ Diazepam หรือ Lorazepam ในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีโรคตับ (5 มก. Diazepam เทียบเท่า 1 มก. Lorazepam⁽⁶⁾) มีการกำหนด วิธีการบริหารยา ปริมาณยาและระยะเวลาในการ ประเมินซ้ำให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรง ของโรค มีการกำหนดรูปแบบเอกสารในการ ดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน ได้แก่ Standing order แบบบันทึก CIWA-Ar ยาและปริมาณยาที่ได้รับ ในแต่ละเวลา ศึกษาระยะเวลาปลอดเหตุการณ์ (Survival time) จนถึงเหตุการณ์ (Event) ได้แก่ ระยะเวลาหายจากอาการ ตั้งแต่ผู้ป่วยมีคะแนน CIWA-Ar \geq 8 จนกระทั่งผู้ป่วยอาการดีขึ้น และมีคะแนน CIWA-Ar ลดลงจน <8 คะแนนเป็นเวลา 24 ชั่วโมง และระยะเวลาเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ทราบระยะเวลาการอยู่รอดที่แท้จริง (Censored observation) ที่เกิดขึ้นก่อนผู้ป่วยจะมีคะแนน CIWA-Ar จะลดลงจน <8 คะแนนเป็นเวลา 24 ชั่วโมง เช่น ผู้ป่วยที่เสียชีวิต ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น

เนื่องจากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่จากภาวะถอนพิษสุรา ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา และผู้ป่วยที่หนีกลับ **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและอาการ ทางคลินิก ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานะสมรส การศึกษา อาชีพ อาการชัก จำนวนดื่มมาตรฐานต่อวัน ระยะเวลาหยุดดื่ม ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด Delirium Tremens (DTs)⁽⁵⁾ คะแนน CIWA-Ar เมื่อเริ่มรักษา คะแนน CIWA-Ar สูงสุด ปริมาณยา Benzodiazepines (BZDs) ที่ได้รับทั้งหมด และปริมาณยา BZDs ชนิดชนิดที่ได้รับ

2. แบบบันทึกข้อมูลเหตุการณ์ ประกอบด้วย วันที่และเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาและจำหน่าย วันที่และเวลาที่ CIWA-Ar \geq 8 คะแนน วันที่และเวลาที่ CIWA-Ar <8 คะแนนครบ 24 ชั่วโมง คะแนน CIWA-Ar และยาที่ได้รับในแต่ละเวลา และสถานะ จำหน่ายผู้ป่วย ประเมินความรุนแรงด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar score ภาษาไทยที่มีค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.76 และมีค่าความ สัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินภาษาไทยกับแบบประเมิน CIWA-Ar อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁽⁴⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมทางสถิติ R รุ่น 3.5.3 for windows ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก นำเสนอค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation, SD) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range, IQR) อัตราการหายจากอาการ นำเสนอค่ามัธยฐาน ระยะเวลาหายจากอาการ (Median survival time) ซึ่งหาได้จากวิธีแคแพลน-ไมเออร์ (Kaplan-Meier estimate) และทดสอบความแตกต่างของค่ามัธยฐาน ระยะเวลาหายจากอาการด้วยการทดสอบล็อกแรงค์ (Log-rank test)

ขนาดตัวอย่าง

ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Latouche

และคณะ^(7,8) สำหรับหาจำนวนเหตุการณ์ที่ต้องการเพื่อทดสอบรูปแบบการถดถอยค็อกซ์ (Cox's proportional hazard regression model) ที่ระดับนัยสำคัญ 95% อำนาจจำแนกความแตกต่าง 80% ประมาณค่า Hazard ratio 2.8 เกิดเหตุการณ์ 90% ต้องการขนาดตัวอย่าง 33 เหตุการณ์

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยยึดหลักตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) เลขที่ 20/2559 ให้ไว้ ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2559

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย Mental and behavioral disorders due to use of alcohol (F10.x) จำนวน 71 ราย ประกอบด้วย Acute intoxication (F10.0) จำนวน 28 ราย Dependence syndrome (F10.2) จำนวน 27 ราย Withdrawal

syndrome (F10.3) จำนวน 8 ราย Withdrawal syndrome with delirium (F10.4) จำนวน 6 ราย และ Psychotic disorder (F10.5) จำนวน 2 ราย มีอาการถอนพิษสุราจากการประเมิน CIWA-Ar จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 60.6) มีคะแนน CIWA-Ar <8 ตลอดการรักษาจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 14.1) เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนน CIWA-Ar ≥ 8 จำนวน 33 ราย ติดตามจนกระทั่งผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ระยะเวลาติดตาม 84.92 คน-วัน เฉลี่ย 2.57 (± 1.44) วัน

ลักษณะทั่วไป

ตัวอย่างทั้งหมด 33 ราย เป็นเพศชายทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 42.12 (± 8.83) ปี ร้อยละ 48.5 อยู่ในช่วงอายุ 21-40 ปี และร้อยละ 45.4 อยู่ในช่วงอายุ 41-60 ปี สถานภาพโสดและสมรส ร้อยละ 45.4 และ 48.5 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 78.8 มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 69.7 รายละเอียดดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	33	100
อายุ (ปี)	21-40 ปี	16	48.5
	41-60 ปี	15	45.4
	>60 ปี	2	6.1
	ค่าเฉลี่ย (\pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	42.12 (± 8.83)	
	ค่ามัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอไทล์)	41 (37, 45)	
สถานะสมรส	โสด	15	45.4
	สมรส	16	48.5
	แยก/หม้าย/หย่า	2	6.1
การศึกษา	ประถมศึกษา	26	78.8
	มัธยมศึกษา	7	21.2
อาชีพ	เกษตรกร	23	69.7
	ว่างงาน/ค้าขาย/รับจ้าง/พนักงาน	10	30.3

ลักษณะทางคลินิก

ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา มีอาการชัก ร้อยละ 60.6 ปริมาณการดื่มสุราเฉลี่ย 9.88 (± 6.81) ดื่มมาตรฐานต่อวัน ระยะเวลาหยุดดื่มเฉลี่ย 47.39 (± 56.92) ชั่วโมง มีปัจจัยเสี่ยง DTs อย่างน้อย 1 ข้อ ร้อยละ 97.0 ได้แก่ ดื่มมานานกว่า 5 ปี ร้อยละ 66.7 ดื่มในแต่ละครั้ง >150 กรัมต่อวันหรือ >10 ดื่มมาตรฐานต่อวัน ร้อยละ 60.6 ซ้ำพกรมากกว่า 100 ครั้งต่อวันที่ ร้อยละ 60.6 ระยะเวลาหยุดดื่มมากกว่า 2 วัน ร้อยละ 27.3 เคยชักจากภาวะถอน

พิษสุรามาก่อน ร้อยละ 24.2 และเคยมี DTs มาก่อน ร้อยละ 9.1 มีคะแนน CIWA-Ar เมื่อเริ่มรักษาเฉลี่ย 14.67 (± 9.63) คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และรุนแรงมาก ร้อยละ 69.7 และ 27.3 ตามลำดับ คะแนน CIWA-Ar สูงสุดเฉลี่ย 19.03 (± 10.79) คะแนน อยู่ในระดับปานกลางและรุนแรงมาก ร้อยละ 48.5 และ 48.5 ตามลำดับ ปริมาณ BZDs เทียบเท่า Diazepam ที่ได้รับทั้งหมดเฉลี่ย 171.73 (± 165.05) มก. เป็นยานิ็ดเฉลี่ย 44.24 (± 68.65) มก. รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตาราง 2 ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง

	ลักษณะทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
อาการชัก	ไม่มี	13	39.4
	มี	20	60.6
ปริมาณการดื่ม (ดื่มมาตรฐานต่อวัน)	ค่าเฉลี่ย (\pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	9.88 (± 6.81)	
	ค่ามัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอไทล์)	10 (5, 11)	
ระยะเวลาหยุดดื่ม (ชั่วโมง)	ค่าเฉลี่ย (\pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	47.39 (± 56.92)	
	ค่ามัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอไทล์)	35 (11, 52)	
ปัจจัยเสี่ยง DTs	ไม่มี	1	3.0
	มีอย่างน้อย 1 ข้อ	32	97.0
- ประวัติดื่มในแต่ละครั้ง >150 กรัมหรือ >10 ดื่มมาตรฐานต่อวัน	ไม่มี	13	39.4
	มี	20	60.6
- ดื่มมานานกว่า 5 ปี	ไม่มี	11	33.3
	มี	22	66.7
- เคยมี DTs	ไม่มี	30	90.9
	มี	3	9.1
- เคยมีอาการชักจากภาวะถอนพิษสุรา	ไม่มี	25	75.8
	มี	8	24.2
- ซ้ำพกร >100 ครั้งต่อวันที่	ไม่มี	13	39.4
	มี	20	60.6
- ระยะเวลาหยุดดื่ม >2 วัน	ไม่มี	24	72.7
	มี	9	27.3

ตาราง 2 ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะทางคลินิก		จำนวน	ร้อยละ
CIWA-Ar เมื่อเริ่มการรักษา	ระดับปานกลาง	23	69.7
	ระดับรุนแรง	1	3.0
	ระดับรุนแรงมาก	9	27.3
	ค่าเฉลี่ย (\pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	14.67 (\pm 9.63)	
	ค่ามัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอไทล์)	10 (8, 21)	
CIWA-Ar สูงสุด	ระดับปานกลาง	16	48.5
	ระดับรุนแรง	1	3.0
	ระดับรุนแรงมาก	16	48.5
	ค่าเฉลี่ย (\pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	19.03 (\pm 10.79)	
	ค่ามัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอไทล์)	17 (9, 26)	
ปริมาณ BZDs ที่ได้รับทั้งหมด (มก.Diazepam)	ค่าเฉลี่ย (\pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	171.73 (\pm 165.05)	
	ค่ามัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอไทล์)	113 (60, 250)	
ปริมาณ BZDs ชนิดฉีดที่ได้รับ (มก.Diazepam)	ค่าเฉลี่ย (\pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	44.24 (\pm 68.65)	
	ค่ามัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอไทล์)	30 (0, 50)	

ปริมาณยา BZDs เทียบเท่า Diazepam ที่ได้รับทั้งหมดในการรักษา เมื่อจำแนกตามความรุนแรงเมื่อเริ่มรักษาพบว่า กลุ่มที่มีอาการปานกลางได้รับยาทั้งหมดเฉลี่ย 135.09 (\pm 146.31) มก. เป็นยาฉีดเฉลี่ย 24.35 (\pm 38.59) มก. กลุ่มมีอาการรุนแรงมี 1 รายได้รับยาทั้งหมด 130 มก. เป็นยาฉีด 40 มก. และกลุ่มอาการรุนแรงมากได้รับยาทั้งหมดเฉลี่ย 270.00 (\pm 187.50) มก. เป็นยาฉีดเฉลี่ย 95.56 (\pm 103.21) มก.

การเปลี่ยนแปลงความรุนแรงของผู้ป่วยพบว่า กลุ่มที่มีอาการปานกลาง จำนวน 23 ราย เปลี่ยนเป็นรุนแรงจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 4.3) และ

เปลี่ยนเป็นรุนแรงมากจำนวน 6 ราย (ร้อยละ 26.1) กลุ่มที่มีอาการรุนแรงจำนวน 1 ราย เปลี่ยนเป็นรุนแรงมาก โดยพบว่าปริมาณยา BZDs เทียบเท่า Diazepam ที่ได้รับในกลุ่มที่มีอาการสูงสุดในระดับปานกลางได้รับยาทั้งหมดเฉลี่ย 59.25 (\pm 38.34) มก. เป็นยาฉีดเฉลี่ย 5.62 (\pm 13.15) มก. กลุ่มระดับปานกลางเปลี่ยนเป็นรุนแรงได้รับยาทั้งหมด 580 มก. เป็นยาฉีดเฉลี่ย 40 มก. กลุ่มระดับปานกลางเปลี่ยนเป็นรุนแรงมากได้รับยาทั้งหมดเฉลี่ย 263.17 (\pm 110) มก. เป็นยาฉีดเฉลี่ย 71.67 (\pm 46.65) มก. รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตาราง 3 ปริมาณยา BZDs เทียบเท่า Diazepam ที่ได้รับ แยกตามระดับความรุนแรงและการเปลี่ยนแปลง

อาการเริ่มรักษา อาการสูงสุด ตัวแปร	ปานกลาง (n=23)			รุนแรง	รุนแรงมาก
	ปานกลาง (n=16)	รุนแรง (n=1)	รุนแรงมาก (n=6)	รุนแรงมาก (n=1)	รุนแรงมาก (n=9)
CIWA-Ar เริ่มต้น					
Mean (\pm SD)	9.31 (\pm 1.62)	9	9.33 (\pm 1.51)	18	28.00 (\pm 8.96)
Median (IQR)	8.5 (8, 11)	9	9.0 (8, 10)	18	26.0 (25, 27)
CIWA-Ar สูงสุด					
Mean (\pm SD)	9.50 (\pm 1.75)	17	27.00 (\pm 3.69)	24	30.33 (\pm 8.63)
Median (IQR)	8.5 (8, 11)	17	27.0 (25, 28)	24	26.0 (25, 32)
BZDs ทั้งหมด					
Mean (\pm SD)	59.25 (\pm 38.34)	580	263.17 (\pm 110.01)	130	270.00 (\pm 187.50)
Median (IQR)	55.0 (31.5, 70)	580	285.0 (153, 363)	130	170.0 (160, 415)
BZDs ชนิดฉีด					
Mean (\pm SD)	5.62 (\pm 13.15)	40	71.67 (\pm 46.65)	40	95.56 (\pm 103.21)
Median (IQR)	0 (0, 5)	40	60.0 (40, 80)	40	50.0 (30, 120)

ข้อมูลเหตุการณ์

ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา หายจากอาการทั้งหมด 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.9 มีระยะเวลาหายจากอาการเฉลี่ย 2.55 (\pm 1.48) วัน มีเหตุการณ์ที่ไม่ทราบระยะเวลาการอยู่รอดที่แท้จริง (Censored observation) 2 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 6.1

มีระยะเวลาเกิดเหตุการณ์เฉลี่ย 2.90 (\pm 0.85) วัน โดยเหตุการณ์ที่ไม่ทราบระยะเวลาการอยู่รอดที่แท้จริง ได้แก่ ส่งต่อเนื่องจากภาวะความดันโลหิตต่ำจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 1 ราย และส่งต่อเนื่องจากการหายใจล้มเหลวจากปอดอักเสบ 1 ราย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตาราง 4 ลักษณะเหตุการณ์ (Event) และระยะเวลาเกิดเหตุการณ์

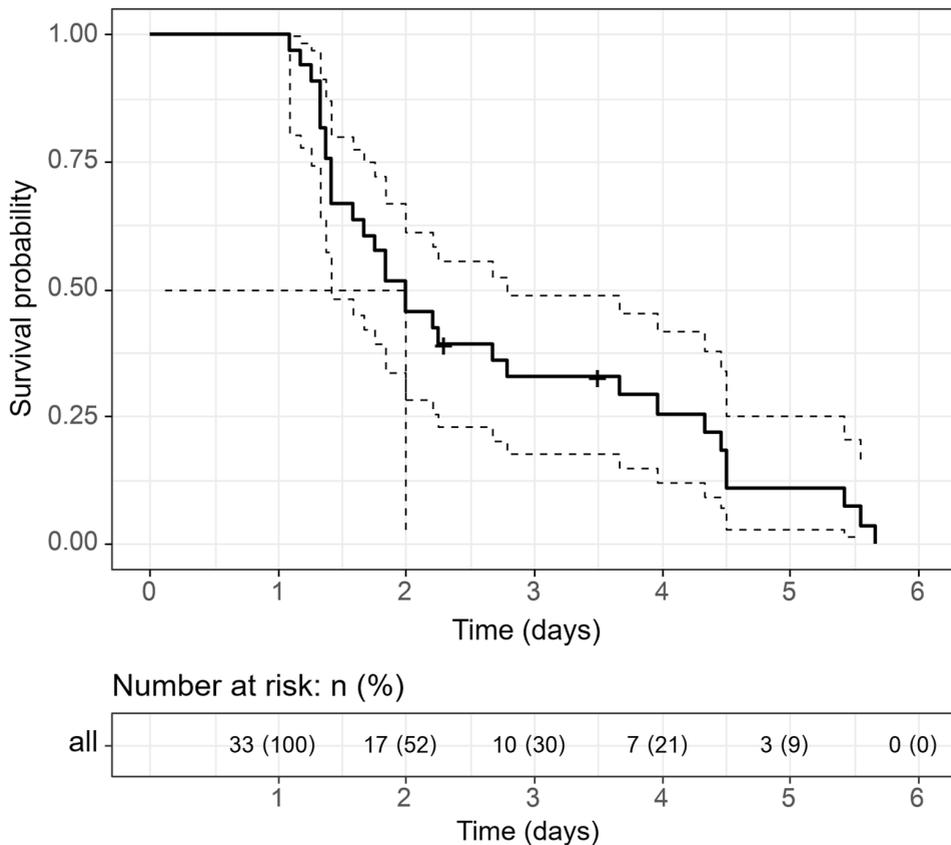
ลักษณะเหตุการณ์ (Event)		จำนวน	ร้อยละ
หายจากอาการ (Remission)		31	93.9
ระยะเวลาเกิดเหตุการณ์ (วัน)	ค่าเฉลี่ย (\pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	2.55 (\pm 1.48)	
	ค่ามัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอไทล์)	1.83 (1.40, 3.81)	
Censored observation		2	6.1
ระยะเวลาเกิดเหตุการณ์ (วัน)	ค่าเฉลี่ย (\pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	2.90 (\pm 0.85)	
	ค่ามัธยฐาน (พิสัยระหว่างควอไทล์)	2.90 (2.29, 3.50)	

การหายจากอาการและค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการ

ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราจำนวน 33 ราย ในระยะติดตาม 84.92 คน-วัน หายจากภาวะถอนพิษสุราทั้งหมด 31 ราย (ร้อยละ 93.9) คิดเป็นอุบัติการณ์ 39.22 ต่อ 100 คน-วัน พบว่าอัตราหาย

จากอาการในระยะเวลา 3 วัน 4 วัน และ 5 วันเป็นร้อยละ 68.8, 77.4, และ 90.3 ตามลำดับ จากการหาโค้งการรอดเหตุการณ์โดยวิธีแคเพลน-ไมเออร์ พบว่าค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการเท่ากับ 2 วัน (95% CI: 1.42-2.79) ดังแสดงในภาพที่ 1

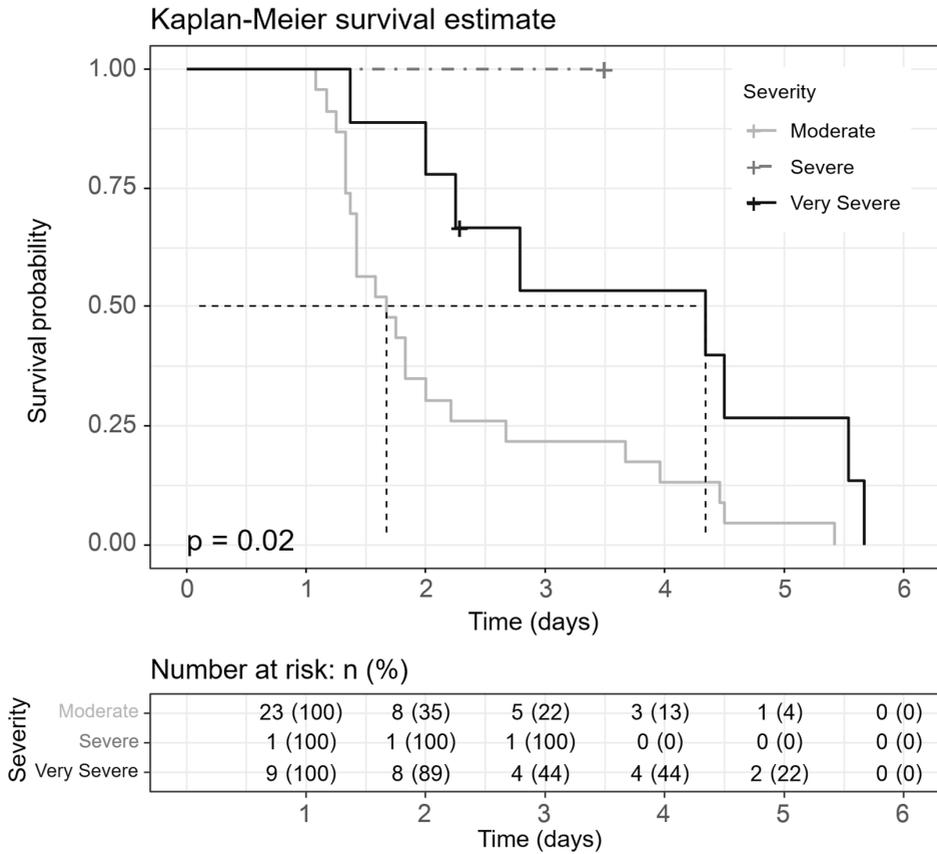
Kaplan-Meier survival estimate



ภาพที่ 1 โค้งการรอดเหตุการณ์โดยวิธีแคเพลน-ไมเออร์ ในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

ผลการศึกษาด้วยวิธีล็อกแรงค์ พบว่าความรุนแรงเมื่อเริ่มรักษา มีค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square=7.84, p-value=0.02) โดยพบว่ามีมัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการของกลุ่มระดับปานกลางเท่ากับ 1.67 วัน (95% CI: 1.38-2.00)

ในขณะที่ กลุ่มระดับรุนแรงมีเพียง 1 ราย และเกิดเหตุการณ์ที่ไม่ทราบระยะเวลาการอยู่รอดที่แท้จริง และกลุ่มระดับรุนแรงมากมีมัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการ 4.33 วัน (95% CI: 1.38-5.54) ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 โค้งการรอดเหตุการณ์จำแนกตามความรุนแรงเมื่อเริ่มรักษา

พบว่าระดับการศึกษา มีค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square=6.05, p-value=0.014) โดยกลุ่มประถมศึกษา มีมัธยฐาน 2.23 วัน (95%

CI: 1.58-4.33) และกลุ่มมัธยมศึกษา มีมัธยฐาน 1.42 วัน (95% CI: 1.08-2.00) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตาราง 5 ค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	จำนวน	Median time (95% CI) (วัน)	Log-rank Chi-square	p-value
อายุ			2.62	0.270
21-40 ปี	16	1.83 (1.38 - 2.25)		
41-60 ปี	13	2.79 (1.33 - 4.46)		
>60 ปี	2	3.52 (1.38 - NA)		

ตาราง 5 ค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	Median time (95% CI) (วัน)	Log-rank Chi-square	p-value
สถานะสมรส			0.87	0.648
โสด	15	2.00 (1.42 - 2.25)		
สมรส	14	2.17 (1.33 - 4.50)		
แยก/หม้าย/หย่า	2	3.58 (1.75 - NA)		
ระดับการศึกษา			6.05	0.014
ประถมศึกษา	24	2.23 (1.58 - 4.33)		
มัธยมศึกษา	7	1.42 (1.08 - 2.00)		
อาชีพ			2.51	0.113
เกษตรกร	21	2.67 (1.75 - 4.33)		
ว่างงาน/ค้าขาย/รับจ้าง/พนักงาน	10	1.50 (1.25 - 1.83)		
อาการชัก			0.95	0.329
ไม่มี	12	2.00 (1.38 - 4.50)		
มี	19	1.92 (1.38 - 2.67)		
ปัจจัยเสี่ยง DTs				
- ตีมีในแต่ละครั้ง >150 กรัมต่อวัน หรือตีมี >10 ตีมาตรฐานต่อวัน			0.01	0.908
ไม่มี	13	1.83 (1.33 - 2.79)		
มี	18	2.00 (1.42 - 4.33)		
- ตีมีมานานกว่า 5 ปี			0.31	0.579
ไม่มี	10	1.75 (1.33 - 4.46)		
มี	21	2.10 (1.42 - 3.96)		
- เคยมีอาการ DTs			0.18	0.671
ไม่มี	28	1.92 (1.42 - 2.79)		
มี	3	2.25 (1.33 - NA)		
- เคยมีอาการชักจากภาวะถอนพิษสุรา			0.73	0.392
ไม่มี	23	2.00 (1.58 - 3.67)		
มี	8	1.71 (1.25 - 3.96)		
- ซึฟจร >100 ครั้งต่อนาที			0.02	0.896
ไม่มี	12	2.25 (1.33 - 3.67)		
มี	19	1.92 (1.42 - 3.96)		

ตารางที่ 5 ค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	Median time (95% CI) (วัน)	Log-rank Chi-square	p-value
- ระยะเวลาหยุดดื่ม >2 วัน				
ไม่มี	22	2.02 (1.42 - 3.96)	0.04	0.836
มี	9	2.00 (1.25 - 4.50)		
CIWA-Ar เริ่มรักษา				
ระดับปานกลาง (8-14 คะแนน)	23	1.67 (1.38 - 2.00)	7.84	0.020
ระดับรุนแรงมาก (≥ 20 คะแนน)	8	4.33 (1.38 - 5.54)		

วิจารณ์

การศึกษานี้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติที่นำรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ (Integrated Management of Alcohol Intervention Program)⁽⁵⁾ มาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ตามความรุนแรงของปัญหาและศักยภาพของสถานพยาบาลแต่ละระดับ เพื่อเฝ้าระวังรักษาและลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ด้วยการกำหนดเครื่องมือประเมินความรุนแรง ปรับแบบบันทึกให้เหมาะสม กำหนดผังขั้นตอนการปฏิบัติในแต่ละระดับความรุนแรง ทั้งปริมาณยาที่ใช้ ระยะเวลาประเมินซ้ำ ข้อควรระวังในแต่ละขั้นตอน อบรมให้ความรู้และทักษะกับเจ้าหน้าที่ ทำให้แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยมีความชัดเจน ต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่เหมาะสม เจ้าหน้าที่สามารถให้ยา BZDs ในขนาดสูงได้อย่างปลอดภัย ทำให้ควบคุมอาการได้เร็ว และไม่มีภาวะแทรกซ้อน เมื่อสิ้นสุดการรักษาภาวะถอนพิษสุรา ผู้ป่วยจะได้รับการปรึกษาแบบสั้นเพื่อให้ตระหนักถึงปัญหาการดื่มของตน สร้างแรงจูงใจให้เลิกสุราและรักษาต่อเนื่องที่คลินิกบำบัดสุรา รวมถึงได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านในระยะยาวต่อไป

การศึกษานี้ พบว่าอัตราหายจากอาการร้อยละ 93.9 และอัตราการหายจากอาการในระยะเวลา 3 วัน 4 วันและ 5 วัน เป็นร้อยละ 68.8, 77.4, และ 90.3 ตามลำดับ ซึ่งอัตราหายจากอาการใกล้เคียงกับ

การศึกษาในโรงพยาบาลเฉพาะทาง⁽⁹⁾ ที่พบว่าหายจากอาการร้อยละ 93.8 ที่ระยะเวลา 7 วัน แต่น้อยกว่าการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าอัตราหายจากอาการที่ระยะเวลา 3, 4, และ 5 วัน เป็นร้อยละ 82.9, 91.1, และ 100 ตามลำดับ และการศึกษาพบว่าค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการเท่ากับ 2 วัน (95% CI: 1.42-2.79) ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย⁽¹⁰⁾ ที่มีค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการเท่ากับ 3 วัน เนื่องจากในการศึกษานี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคน้อยกว่า (อาการรุนแรงถึงรุนแรงมาก ร้อยละ 51.5 เทียบกับร้อยละ 93.9) โดยเฉพาะเมื่อจำแนกตามความรุนแรงของโรค การศึกษานี้มีมัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการในกลุ่มปานกลางเท่ากับ 1.67 วัน (95% CI: 1.38-2.00) และกลุ่มรุนแรงมาก เท่ากับ 4.33 วัน (95% CI: 1.38-5.54) ซึ่งสูงกว่าการศึกษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย⁽¹⁰⁾ ที่ให้ยาตามความรุนแรงของโรค ร่วมกับการให้ Intravenous loading ในผู้ป่วยที่มีอาการถอนพิษสุราเล็กน้อยถึงปานกลางร่วมกับมีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะ DTs อย่างน้อย 1 ข้อ หรือมีอาการชกมาก่อน ซึ่งในต่างประเทศมีการให้ยาเพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีอาการรุนแรง เช่น การให้ยา Diazepam 20 มก. loading ครั้งเดียว ร่วมกับการติดตามอาการในผู้มีปัจจัยเสี่ยง⁽¹¹⁾ หรือการ

ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุรา รุนแรงด้วย Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS)⁽¹²⁾ หากพบว่ามีความเสี่ยงสูง (คะแนน ≥ 4) ให้การป้องกันด้วยยา Clonidine หรือ Gabapentin⁽¹³⁾ ในขณะที่การศึกษาพบว่าผู้ป่วยทุกรายมีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อหรือชักรก่อนมาโรงพยาบาล และมี 12 ราย (ร้อยละ 36.4) ที่คะแนน CIWA-Ar เพิ่มขึ้นจน ≥ 8 ภายหลังเข้ารับการรักษาในระยะเวลาเฉลี่ย 24.67 (± 15.36) ชั่วโมง ซึ่ง 7 รายได้รับยาเทียบเท่า Diazepam 10 มก. ทุก 6 ชั่วโมงก่อน CIWA-Ar ≥ 8 คะแนน ถึงแม้ว่าการให้ Intravenous loading ในผู้มีปัจจัยเสี่ยงและมีอาการเล็กน้อยถึงปานกลางนั้น ทรงผลและคณะพบว่ามีความปลอดภัยและมีประโยชน์⁽¹⁰⁾ แต่ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่เจ้าหน้าที่ยังขาดประสบการณ์ในการให้ BZDs ขนาดสูง และไม่มีแพทย์เฉพาะทาง การให้ BZDs ชนิดรับประทานหรือ Intravenous loading ในผู้มีปัจจัยเสี่ยงนั้น ควรให้ภายใต้การเฝ้าระวังผลข้างเคียงจาก BZDs เช่น การกดการหายใจ เสพติด BZDs ภาวะเพ้อจาก BZDs (BZDs-induced delirium) ง่วงซึมจนไม่สามารถให้คำปรึกษาหรือฟื้นฟูได้

ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะ DTs ในการศึกษานี้ได้แก่ 1) มีประวัติดื่มสุราต่อเนื่องปริมาณมากในแต่ละครั้ง (>150 กรัมต่อวัน) หรือดื่มมากกว่า 10 ดื่มมาตรฐานต่อวัน หรือเหล้า (40 ดีกรี) มากกว่า $\frac{1}{2}$ ขวดต่อวัน⁽⁵⁾ 2) ดื่มมานานกว่า 5 ปี⁽⁵⁾ 3) เคยมีอาการถอนพิษสุรารุนแรงเพื่อสับสน⁽¹⁴⁾ 4) เคยมีอาการชักในภาวะถอนพิษสุรามาก่อน⁽¹⁵⁾ 5) มีอาการถอนพิษสุราขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดยังสูง⁽⁵⁾ 6) จำนวนวันที่หยุดดื่มครั้งสุดท้ายมาหลายวัน⁽⁵⁾ 7) ไม่มีภาวะเมาสุราทั้งที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง⁽⁵⁾ 8) มีการใช้ยาเสพติดอื่นๆ รวมถึงยาแก้ปวดประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾ 9) ชีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที⁽¹⁴⁾ ซึ่งในการศึกษานี้พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ ร้อยละ 97.0 ในขณะที่

โรงพยาบาลไม่สามารถตรวจระดับแอลกอฮอล์ได้ ไม่พบผู้เสียชีวิตรวมถึงยาแก้ปวดประสาทหรือยานอนหลับอย่างต่อเนื่อง และพบว่าเกณฑ์ประเมินปัจจัยเสี่ยงบางข้อไม่ชัดเจน ประเมินได้ยาก เมื่อเปรียบเทียบกับแบบประเมิน PAWSS ที่ประกอบด้วย 0) มีประวัติดื่มสุราใน 30 วันหรือแอลกอฮอล์ในเลือด >200 มก/ดล 1) เคยดื่มหนักหรือเมาใน 30 วันก่อน 2) เคยมีภาวะถอนพิษสุรา 3) เคยชักหลังหยุดสุรา 4) เคยมี DTs 5) เคยรับการบำบัดปัญหาจากการดื่มสุรา 6) เคยหมดสติ (Blackout) 7) เคยใช้ยาแก้ปวดประสาท (Downers) เช่น BZDs หรือ barbiturates ร่วมกับสุรา ใน 90 วันก่อน 8) เคยใช้สารเสพติดร่วมกับสุราใน 90 วันก่อน 9) ระดับแอลกอฮอล์ในเลือด >200 มก/ดล และ 10) มี Autonomic activity เพิ่มขึ้น เช่น ชีพจร >120 ครั้ง/นาที เหงื่อออก กระสับกระส่าย หรือคลื่นไส้ ซึ่งมีความชัดเจนในการประเมินมากกว่า และมี sensitivity specificity และ negative predictive value เท่ากับ 100% ที่คะแนนขั้นต่ำ 4 คะแนน⁽¹²⁾

ผลการศึกษาด้วยวิธีล็อกแรงค์ พบว่าความรุนแรงของโรค และระดับการศึกษา มีค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าผู้ที่มีอาการปานกลางมีค่ามัธยฐานน้อยกว่าผู้มีอาการรุนแรง ผู้ที่จบมัธยมศึกษาที่มีค่ามัธยฐานน้อยกว่าผู้ที่จบประถมศึกษา เนื่องจากผู้ดื่มที่มีภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำมักเป็นผู้ที่ดื่มอย่างหนักในช่วงเวลาอันสั้นเป็นประจำ (Regular binge drinker)⁽¹⁶⁾ ทำให้เกิดภาวะถอนพิษสุราได้บ่อยและมีความรุนแรงมากขึ้น⁽¹⁷⁾ ส่งผลให้ใช้เวลารักษามากขึ้นด้วย แต่การทดสอบด้วยวิธีล็อกแรงค์เป็นการทดสอบความแตกต่างของโค้งการรอดชีพ (Survival curve) ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรได้ และการหาความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยรูปแบบการถดถอยค็อกซ์ (Cox's proportional hazard regression model) นั้น มีจำนวนตัวอย่างไม่เพียงพอ ร่วมกับจำนวนตัวอย่าง

ในแต่ละกลุ่ม (Event Per Variable, EPV) น้อย บางกลุ่มมี EPV 5-9 เหตุการณ์ ทำให้อำนาจจำแนกความแตกต่างลดลง บางกลุ่มมี EPV 2-4 เหตุการณ์ ทำให้มีความน่าเชื่อถือน้อยลง⁽¹⁸⁾

ปริมาณยา BZDs ทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในการศึกษานี้เฉลี่ย 171.73 (± 165.05) มก. เป็นยาฉีดเฉลี่ย 44.24 (± 68.65) มก. ซึ่งน้อยกว่าโรงพยาบาลเฉพาะทาง⁽⁹⁾ ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยอาการเล็กน้อยถึงปานกลางที่หายเกือบปกติ ได้รับยา BZDs เฉลี่ยใน 7 วัน วันละ 61.7 (± 50.9) มก. และผู้ป่วยอาการรุนแรงมากที่หายเกือบปกติ ได้รับยา BZDs เฉลี่ยใน 7 วัน วันละ 171.9 (± 114.6) มก.⁽⁹⁾ เนื่องจากโรงพยาบาลเฉพาะทางรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมากจากโรงพยาบาลอื่น และในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับ Diazepam ชนิดฉีดในขนาดสูงมากกว่า 80 มก. มี 4 ราย ซึ่งได้รับยาระหว่าง 120-350 มก. ทุกรายมีอาการขึ้นๆ ลงๆ และได้รับ Intravenous loading หลายรอบ มีภาวะติดเชื้อ 2 ราย และมีภาวะ hypokalemia 2 ราย ได้รับยาฉีดสูงสุด ปริมาณ 40 มก. ใน 1 ชั่วโมง หรือ 160 มก. ใน 4 ชั่วโมง ซึ่งในต่างประเทศ ปริมาณยา Diazepam ชนิดฉีด 20 มก. จำนวน 3 ครั้งก็สามารถควบคุมอาการ DTs ได้⁽¹⁹⁾ แต่ถ้าต้องการ Diazepam มากกว่า 50 มก. ใน 1 ชั่วโมง หรือ 200 มก. ใน 3 ชั่วโมง อาจเป็น Refractory DTs ซึ่งต้องต่อ BZDs และควรได้รับยาเสริม เช่น phenobarbital haloperidol หรือ propofol⁽¹¹⁾ การศึกษานี้ ผู้ป่วยที่ได้รับ BZDs ในขนาดสูง ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญจากการรักษา

สรุป

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราตามความรุนแรงด้วยแบบประเมิน CIWA-Ar และให้ยา BZDs ขนาดสูงในโรงพยาบาลชุมชน มีความปลอดภัยพบว่าอัตราหายจากอาการร้อยละ 93.9 โดยอัตราหาย

จากอาการในระยะเวลา 3 วัน 4 วัน และ 5 วัน เป็นร้อยละ 68.8, 77.4, และ 90.3 ตามลำดับ มีมีฐานระยะเวลาหายจากอาการ 2 วัน (95% CI: 1.42-2.79) เป็นกลุ่มอาการปานกลาง 1.67 วัน (95% CI: 1.38-2.00) และกลุ่มอาการรุนแรงมาก 4.33 วัน (95% CI: 1.38-5.54) ปริมาณยาที่ได้รับเทียบเท่า Diazepam ทั้งหมดเฉลี่ย 171.73 (± 165.05) มก. เป็นยาฉีดเฉลี่ย 44.24 (± 68.65) มก. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และไม่มีการเสียชีวิตระหว่างการรักษา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ

ผู้ป่วยที่มีประวัติดื่มสุราเป็นประจำ ร่วมกับมีอาการชักหรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษสุราควรได้รับการเฝ้าระวังภาวะถอนพิษสุราตั้งแต่เข้ารับการรักษาและหยุดสุราควรได้รับการเฝ้าระวังภาวะถอนพิษสุราถึงแม้จะยังไม่มีอาการ และควรพิจารณาให้ยา BZDs หรือยาป้องกันอื่นที่เหมาะสม ร่วมกับการประเมิน CIWA-Ar ทุก 1-4 ชั่วโมง เป็นเวลา 1-2 วัน เพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของอาการถอนพิษสุราที่จะเกิดขึ้นในภายหลัง ซึ่งการประเมินความรุนแรงด้วย CIWA-Ar และการให้ยา BZDs ตามความรุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราในโรงพยาบาลชุมชน มีประสิทธิผล และมีความปลอดภัยเมื่อมีการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะถอนพิษสุราด้วยรูปแบบการถดถอยค็อกซ์ (Cox's proportional hazard regression model) ร่วมกับการพิจารณานาเครื่องมือเพื่อทำนายความรุนแรงของภาวะถอนพิษสุรา เช่น แบบประเมิน PAWSS มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการ เพื่อวางแผนป้องกันและรักษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์เป็นอย่างดีได้ด้วยความช่วยเหลือ และการให้คำปรึกษาจากบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ภาคี ทรัพย์พิพัฒน์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและทีมงาน ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยให้สำเร็จลุล่วงตลอดจนการตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ของ

งานวิจัย ให้คำแนะนำในการเก็บข้อมูล และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่และบุคลากรของโรงพยาบาลนาตุนทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลนาตุน ที่ให้คำแนะนำ และเป็นกำลังใจในการดำเนินการวิจัยตลอดมา

เอกสารอ้างอิง

1. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561.
3. Sullivan J, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo C, Sellers E. Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict 1989;84:1353-7.
4. อภิชาติ ดำรงไชย, กิตติพงศ์ สานิขวรรณกุล, สุรเชษฐ ผ่องธัญญา, กนิษฐันท์ เจริญภักดี. การพัฒนาแบบประเมินอาการถอนแอลกอฮอล์. ใน การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2, สุขภาพจิตกับยาเสพติด; 2546; กรุงเทพฯ. หน้า 80-1.
5. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, บรรณาธิการ. คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติ รูปแบบการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2554 เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส.); 2554.
6. Dundee J, McGowan W, Lilburn J, McKay A, Hegarty J. Comparison of the actions of diazepam and lorazepam. Br J Anaesth 1979;51:439-46.
7. Latouche A, Porcher R, Chevret S. Sample size formula for proportional hazards modeling of competing risks. Stat Med 2004;23:3263-74.
8. Schoenfeld D. Sample-size formula for the proportional-hazards regression model. Biometrics 1983;39:499-503.
9. สุรเชษฐ ผ่องธัญญา, กิตติพงศ์ สานิขวรรณกุล, สมควร วรรณมณี, เมตตา มะโนศรี, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, ชิตชนก เรือนก้อน. การใช้ยารักษาอาการขาดสุราในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง. ใน การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ:ม.ป.ท.;2553.
10. ทรงพล โลตทงศ์, นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, พงศธร พหลภาคย์, สงวน บุญพูน. อัตราการหายของภาวะขาดสุราหลังจากใช้แนวทางการรักษาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์. J Psychiatr Assoc Thailand 2558;60:139-48.
11. Kattimani S, Bharadwaj B. Clinical management of alcohol withdrawal: A systematic review. Ind Psychiatry J 2013;22:100-8.

12. Maldonado J, Sher Y, Das S, Hills-Evans K, Frenklach A, Lolak S, et al. Prospective Validation Study of the Prediction of Alcohol Withdrawal Severity Scale (PAWSS) in Medically Ill Inpatients: A new scale for the prediction of complicated alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol Alcoholism* 2015;50:509-18.
13. Maldonado J. Novel Algorithms for the Prophylaxis and Management of Alcohol Withdrawal Syndromes-Beyond Benzodiazepines. *Crit Care Clin* 2017;33:559-99.
14. Lee JH, Jang MK, Lee JY, Kim SM, Kim KH, Park JY, et al. Clinical predictors for delirium tremens in alcohol dependence. *J Gastroenterol Hepatol* 2005;20:1833-7.
15. Palmstierna T. A model for predicting alcohol withdrawal delirium. *Psychiatric Services* 2001;52:820-3.
16. จินตนา จันทรโคตรแก้ว, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, วุฒิพันธุ์ วงษ์มงคล, สุพล ลิมวัฒนานนท์, ทักษพล ธรรมรังสี. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และความยากจน : ความยากจนจากค่าใช้จ่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และรูปแบบการดื่มในกลุ่มฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่างกัน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2558;24:66-78.
17. Courtney K, Polich J. Binge drinking in young adults: data, definitions, and determinants. *Psychol Bull* 2009;135:142-56.
18. Vittinghoff E, McCulloch C. Relaxing the rule of ten events per variable in logistic and Cox regression. *Am J Epidemiol* 2007;165:710-8.
19. Sellers E, Naranjo C, Harrison M, Devenyi P, Roach C, Sykora K. Diazepam loading:simplified treatment of alcohol withdrawal. *Clin Pharmacol Ther* 1983;34:822-6.